

1-5
Απριλίου
2019

4^ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ στον Έλεγχο των Λοιμώξεων

ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Παρακαλούμε συμπληρώστε το δελτίο εγγραφής και αποστείλετέ το με fax στο: **210 6047457** ή με e-mail στο: **mschismenou@free-spirit.gr**, στη γραμματεία του Συνεδρίου που λειτουργεί Δευτέρα με Παρασκευή και ώρες 09:00 - 17:00.

Όνοματεπώνυμο

Ειδικότητα

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Fax

E-mail

Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου

Ιατρικός Σύλλογος

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΡ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 5072 045 459 852

IBAN: GR98 0172 0720 0050 7204 5459 852

SWIFT CODE: PIRBGRAA

Δικαιούχος: Ι. ΒΟΥΤΣΑΣ - Α. ΜΑΣΤΟΡΑΣ Ε.Π.Ε.

Παρακαλούμε όπως αποστείλετε, μετά την πληρωμή, το αποδεικτικό κατάθεσης.

Δυνατότητα πληρωμής με πιστωτική κάρτα.

Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στο 210 6048260.

Υπογραφή

Ημερομηνία